

ANEXA 4

DECLARAȚIE DE ANGAJAMENT

Subsemnatul/Subsemnata _____, domiciliat/ă în _____, str. _____, nr. _____, bl. _____ sc _____, ap _____, sector _____, telefon _____, e-mail _____, identificat/ă cu BI/C.I./Pasaport/alt document de identitate seria _____, nr _____, cod numeric personal _____, eliberat de _____, la data de, în calitate de medic specialist/primar al Spitalului _____
Specialitatea _____, prin semnarea prezentei **Declarații de angajament, sunt de acord și mă oblig**, în condițiile proiectului „**DOCTORI PENTRU BUCUREȘTI**” **să particip la cursurile de formare profesionala pentru care am obtinut sprijinul financiar, pe toata durata programei de formare, avand ca finalitate absolvirea cursului.**

În cazul în care nu voi respecta obligațiile menționate anterior, cât și obligațiile ce îmi revin în conformitate cu prevederile contractului de acordare a sprijinului financiar, mă oblig la plata contravalorii sprijinului financiar în cuantum 10.000,00 lei ce va fi acordat în situația aprobării dosarului de aplicare în proiect și a sustinerii cursurilor de formare profesională.

Data

____/____/____

Numele și prenumele

Semnătură _____